

Лазос Г. П. Фактори ризику виникнення негативних емоційних станів у волонтерів психологів/психотерапевтів / Г. П. Лазос // Актуальні проблеми психології. Том.3.: Консультативна психологія і психотерапія. Вип. 13. – Інститут психології ім. Г.С. Костюка НАПН України; Вінниця : Видавець ФОП Рогальська І.О, 2017. – С. 130 – 152.

Лазос Г. П.

**ФАКТОРИ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ НЕГАТИВНИХ
ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ У ВОЛОНТЕРІВ
ПСИХОЛОГІВ/ПСИХОТЕРАПЕВТІВ**

Лазос Г. П. Фактори ризику виникнення негативних емоційних станів у волонтерів психологів/психотерапевтів. Статтю присвячено викладу результатів дослідження факторів ризику виникнення негативних емоційних станів у волонтерів психологів/психотерапевтів, які працюють з постраждалими. Подається детальний аналіз факторів, що впливають на розвиток негативних станів фахівців у стосунках з постраждалими з особливою увагою на тих із них, які суб'єктивно виділяють самі фахівці. Подано рекомендації щодо шляхів попередження виникнення негативних емоційних станів у фахівців, що працюють з різними групами постраждалих.

Ключові слова: волонтери – психологи / психотерапевти, негативні емоційні стани, постраждалі, вторинний травматичний стрес, синдром вигорання, алекситимія, стрес-фактори, групи ризику, супервізійна підтримка, власний психотерапевтичний досвід, превентивні стратегії.

Лазос Г. П. Факторы риска возникновения негативных эмоциональных состояний у волонтеров психологов / психотерапевтов. Статья посвящена изложению результатов исследования факторов риска возникновения негативных эмоциональных состояний у волонтеров психологов / психотерапевтов, которые работают с пострадавшими. Представлен детальный анализ факторов, которые непосредственно влияют на развитие негативных состояний у специалистов в работе с пострадавшими, с особым вниманием на те из них, которые субъективно выделяют сами специалисты. Подаются также рекомендации по профилактике и путей упреждения возникновения негативных эмоциональных состояний у специалистов, которые работают с разными категориями пострадавших.

Ключевые слова: волонтеры – психологи / психотерапевты, негативные эмоциональные состояния, пострадавшие, вторичный травматический стресс, синдром выгорания, алекситимия, стресс-факторы, группы риска, супервизионная поддержка, личный психотерапевтический опыт, превентивные стратегии.

Постановка наукової проблеми. «Ризик» — поняття, яке сьогодні широко застосовуються у різних галузях знання у зв'язку з аналізом та прогнозуванням втрат. За визначенням Т. Коноплицької, воно, по суті, ототожнюється з оцінками можливості (або імовірності) виникнення та реалізації певних негативних наслідків [1]. Як зазначає науковець, актуальність вивчення цього явища уявляється завдяки глобальному поширенню ризиків у сучасному світі, як суспільстві в цілому, так і у житті кожної окремої людини. В той же час, проблема дослідження ризиків та факторів, що до них призводять, в різних суспільних науках загалом, і в психологічній науці зокрема, є нагальною проблемою. Адже відсутніми є не лише усталені та чітко сформовані поняття, а й методи вимірювання ризиків, їх чинників та факторів виникнення. На думку Т. Коноплицької, інша проблема, що має місце у сучасній теорії соціального ризику, полягає у ненаданні необхідної уваги саме суб'єктивному чиннику його формування [1]. Сучасні науковці доводять, що сприйняття соціального ризику людиною має велике значення адже об'єктивні та суб'єктивні оцінки ризику не завжди збігаються [1; 11]. Отже, одним із важливих завдань нашого дослідження, є спроба виявлення як об'єктивних, так і суб'єктивних уявлень фахівців щодо факторів ризику у роботі з постраждалими.

Звертаючись безпосередньо до питання ризиків в роботі психолога (психотерапевта, травматерапевта), що працює з різними категоріями постраждалих, підкреслимо черговий раз, що ефекти і наслідки травми стосуються не лише тих, хто постраждав, але впливають і на тих, хто належить до близького оточення постраждалих (рідні, сім'ї), а також тих, хто їм допомагає (лікарі, фахівці в галузі охорони психічного здоров'я, психологи, психотерапевти, соціальні працівники).

Професійна діяльність психологів і представників інших «допоміжних» професій завжди передбачає ризики через особливості контакту з травмованими клієнтами. Емпатійне залучення у стосунок із

людиною, яка переживає наслідки травмування, викликає зміни у внутрішньому досвіді психолога/психотерапевта у вигляді різних емоційних реакцій (станів). Фахівець не може запобігти виникненню власних негативних переживань у такому контексті спілкування, адже для того, щоб допомогти клієнтові, він має співпереживати його стражданню, а це, в свою чергу, стає підґрунтям відповідних емоційних реакцій та станів. В науковій літературі вони загалом позначаються термінами: *опосередковане (вторинне, вікарне) травмування; вторинний травматичний стрес; втома від співпереживання, емоційне вигорання*.

Ризик виникнення таких емоційних станів значно зростає в кризові періоди життя суспільства, коли кількість постраждалих людей, що потребують психологічної допомоги, суттєво збільшується, а психологічна допомога надається на волонтерських засадах і в інтенсивному режимі. У складних, кризових умовах, що склалися в Україні впродовж останніх років, навіть досвідчені психотерапевти, які часто мали справу в роботі з людськими стражданнями і втратами, говорять про достатньо серйозне і виснажливе навантаження в актуальній професійній діяльності. Це підтверджується і дослідженнями науковців, які свідчать про поширення опосередкованих наслідків у фахівців “допоміжних” професій. У зв’язку з цим актуальним є подальше проведення досліджень з вивчення професійної якості життя вітчизняних волонтерів-психологів/психотерапевтів, діагностики їхніх емоційних станів та визначення факторів, що призводять до ризику виникнення вторинної травматизації та інших негативних станів. Результати цих досліджень мають стати основою для створення спеціальних програм профілактики та психологічної підтримки фахівців.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Проблема дослідження та класифікації факторів і чинників, що призводять до негативних ефектів у психологів/психотерапевтів в роботі з постраждалими не є новою. Так, у своїх дослідженнях американські науковці визначили наступні об’єктивні фактори ризику для фахівців, які займаються психологічною, психотерапевтичною та консультативною діяльністю: індивідуальні, виробничі та соціальні. До індивідуальних (персональних) факторів ризику науковці відносять: особистісні якості та персональні копінг-стратегії подолання

труднощів; актуальні життєві обставини; наявність соціальної підтримки; особистісні ресурси, духовність, релігійні уявлення; притаманний стиль у роботі; особиста історія життя. До виробничих факторів віднесено: позицію, статус та роль фахівця у організації; робочі обов'язки та рівень складності завдань; умови роботи; наявність підтримки співробітників; рівень впливу результатів діяльності на фахівця і соціальний ефект. Соціальна група факторів ризику складається із культури, загальних ресурсів та певних соціальних факторів [15]. На противагу цій класифікації А. Baranowsky, J. E. Gentry зосереджуються виключно на персональних (особистісних) якостях фахівців, як факторів ризику для розвитку вторинного травматичного стресу (ВТС) або синдрому вигорання (СВ): рівень саморегуляції, інтенційність (здатність утримувати мету роботи і тим самим підкріплювати власну самоцінність), рівень самооцінки та здатність до самопідтримки, рівень соціальних зв'язків та здатність прийняття підтримки ззовні [9]. Саме рівень цих якостей і властивостей особистості фахівця, на думку авторів, і складає основу головних прогностичних факторів щодо виникнення у нього ВТС або СВ.

В своїх дослідженнях D. Meichenbaum визначає загальну характеристику фахівців, які складають групу ризику. Отже, до фахівців, які найбільше ризикують бути ураженими різними негативними станами внаслідок роботи з постраждалими, належать: фахівці, які мають в своїй практичній роботі переважно тих клієнтів/пацієнтів, які зазнали травмування через людську жорстокість, катування та тортури; фахівці, які працюють з пацієнтами із психічними розладами; фахівці, які при цьому мають невеликий досвід роботи, неопрацьовані власні життєві конфлікти та відчують відсутність професійної підтримки; також ті фахівці, які застосовують у своїй практиці науково-необґрунтовані технології роботи та не мають інтенції до постійного розвитку і удосконалення власних та професійних навичок [13].

Зазначимо, що у своєму дослідженні ми не тільки визначали особливості негативних станів вітчизняних психологів/психотерапевтів, які тривалий час працюють з постраждалими військовослужбовцями, але й встановлювали чинники і фактори, що пов'язані з рівнями проявів цих станів та їх перебігом. Безпосередньо **метою** даної статті є детальніший аналіз факторів, що

впливають на розвиток негативних станів фахівців у стосунках з постраждалими з особливою увагою на тих із них, які суб'єктивно виділяють самі фахівці.

Виклад основних результатів дослідження. Дослідження негативних станів вітчизняних психологів/психотерапевтів проходило впродовж 2015 – 2017 років і мало два етапи. Перший з них являв собою пошуковий експеримент, під час якого уточнювалися попередні гіпотези щодо особливостей негативних станів вітчизняних психологів / психотерапевтів внаслідок роботи з постраждалими, вивірявся діагностичний інструментарій (розроблялись і добирались відповідні методики, здійснювалась їх адаптація) і проектувався другий (основний) етап дослідження, зокрема розроблявся авторський питальник “Особливості моєї роботи з постраждалими”, метою якого було виявлення загальної інформації про фахівців та певних специфічних стрес-факторів, які пов’язані із соціокультурною специфікою їх роботи і впливають на їхні негативні стани.

Математична обробка даних здійснювались за допомогою комп’ютерного пакета статистичних програм SPSS (версія 22). Для статистичної обробки та аналізу даних використовувались методи описової статистики, спряжених таблиць, кореляційний аналіз.

Вибірка. У дослідженні брали участь 56 волонтерів-психологів/психотерапевтів різної статі, віку та досвіду роботи ($n = 56$). На основі отриманих статистичних даних можна охарактеризувати вибірку психологів/психотерапевтів наступним чином. По-перше, більшість фахівців, які працюють із наслідками травмування у постраждалих, є жінками середнього віку із стажем роботи за спеціальністю “психолог” понад шість років і більше. Переважна більшість психологів отримали додаткову освіту по роботі з травмою (68%), в той же час 32% фахівців такої освіти не мають. Більшість респондентів почали працювати з постраждалими з 2014 року, з моменту перших трагічних подій на Майдані та в зоні АТО. Зазначимо, що певна кількість волонтерів-психологів не потрапила до нашої вибірки у зв’язку з тим, що вони, активно розпочавши у 2014 році працювати з постраждалими на волонтерських засадах, не витримали фізичного і психологічного навантаження і поступово залишили цю роботу. За нашими даними, відсоток таких фахівців не перевищує 20. Основна частина психологів/психотерапевтів з нашої вибірки

працюють з військовослужбовцями (ветерани АТО, військові), і меншість з них – з тимчасово переселеними особами. Цікавими є дані щодо отримання фахівцями власного досвіду та постійної супервізійної підтримки: більшість опитаних психологів / психотерапевтів не мають досвіду опрацювання власних переживань шляхом проходження власної психотерапії (77%), такій досвід мають лише 23%; в той же час переважна більшість фахівців (68%) постійно відвідують групи супервізійної підтримки; лише 25% психологів/психотерапевтів відвідують групи взаємопідтримки або балінтовські групи (цей факт може свідчити про недостатню поширеність такого виду професійної підтримки у вітчизняному психотерапевтичному просторі, відсутністю певної кількості сертифікованих фахівців, які б могли вести ці групи та широко їх пропагувати як ефективний захід психогігієни при роботі з травмою).

Для ефективного опрацювання даних, виявлені під час обох етапів дослідження, стрес-фактори було розподілено на три групи: стрес-фактори, пов'язані із характеристиками клієнтів; стрес-фактори, пов'язані із характеристиками роботи; стрес-фактори, пов'язані із особистісними характеристиками фахівця. Кожна група складалась із чинників (вони позначались відповідними твердженнями), які пропонувалося ранжувати від найбільш суттєвого до найменш суттєвого.

До групи стрес-факторів, які пов'язані із характеристиками клієнтів, були віднесені чинники, які охоплюють широкий спектр труднощів роботи з різними групами постраждалих і стосуються специфіки цих клієнтів. Так, до цього блоку труднощів потрапили: клієнти, які страждають на ПТСР; клієнти із повторним травмуванням; клієнти, які мають ризик повторного травмування; клієнти із ризиком суїциду (суїцидом); клієнти, які дуже детально описують події травмування; клієнти, які не проговорюють почуття, не описують події травмування; клієнти, травми яких нагадують власну історію травмування; травмовані діти.

Розглянемо результати за даною категорією стрес-факторів за допомогою графіку (рис.1):



Рис. 1. — Стрес-фактори, пов’язані із характеристиками клієнтів

Як бачимо з поданого графіку, найбільшу кількість виборів максимально високих оцінок отримала категорія «клієнти з ризиком суїциду (суїцид)». Як відомо, самогубство клієнта (пацієнта) найнегативніше впливає не лише на психічне та фізичне здоров’я фахівця (психолога, психотерапевта, психіатра), але й на його професійне та особисте життя [7; 10; 12]. Наведемо для аргументації результати вітчизняного дослідження, проведеного Л. Н. Юр’євою, яка досліджувала психоемоційні реакції психіатрів після скоєння самогубства їхніми пацієнтами. Науковець визначила гострі, підгострі та віддалені психолого-психіатричні наслідки, пов’язані із суїцидом пацієнта:

- (1) гострі реакції у даному випадку проявляються у вигляді каталепсії (заціпеніння), відчуженості, розгубленості, переляку, потрясіння, інсомнії, гніву та збудження;
- (2) підгострі реакції – зниженим фоном настрою, поганим сном, почуттям провини, відчаю, суму, самозвинуваченням, страхами (судового розслідування, колегіального засудження тощо);
- (3) віддалені психолого-психіатричні наслідки виникають у всіх медичних працівників, найчастіше у вигляді симптомів ПТСР та СВ, психосоматичних розладів, з’являються думки про зміну професії [7].

Як зазначають західні науковці, фахівці (особливо психіатри) не завжди звертаються за допомогою до спеціалістів, опинившись в такій ситуації [12]. Л. Н. Юр’єва наводить у своїй роботі приклад досвіду британських колег — Британська медична асоціація створила службу цілодобової психологічної підтримки для лікарів психіатрів та психотерапевтів, які опинились у ситуації загибелі свого пацієнта /

клієнта. В цій службі можуть отримувати психологічне консультування всі фахівці анонімно та безкоштовно [7].

Перейдемо до розгляду наступних важливих стрес-факторів цієї групи. На другому місці за значимістю опинився стрес-фактор, пов'язаний із схожістю травми постраждалого з досвідом травмування самого фахівця. Як бачимо, отримані дані підтверджують зв'язок між травматичним неопрацьованим досвідом з минулого фахівця і розвитком негативних станів у стосунках з постраждалими, про що свідчать результати нашого дослідження, проведеного за стандартизованими методиками (див.[5]).

Третє місце посіли наступні два стрес-фактори: високий відсоток клієнтів з повторним травмуванням та клієнти, які не проговорюють почуття і не описують події травмування. На основі відповідей респондентів та власного досвіду роботи з постраждалими зазначимо, що найскладніше процес одужання здійснюється саме при повторному травмуванні. Частими в нашій практиці були випадки повернення до клініки військових, які отримували додаткове або повторне травмування у зоні бойових дій. Як відомо з теорії травми, і в чому ми переконувались, працюючи у клініці, у таких постраждалих часто з'являються дисоціативні феномени (абсорбція, деперсоналізація, дисоціативні зміни особистості), ці феномени є глибшими, ніж при первинному травмуванні [6; 8]. Повторне травмування ще більше спричинює патологічні стани, коли людина не здатна усвідомити те, що трапилось, повністю уникає будь-яких спогадів про травму, заперечує гнів, лють, страждає на дисоціацію мисленневої та емоційної сфер, повністю втрачає здатність реагувати на різні події та спогади. Дія розщеплення як захисного механізму психіки призводить до того, що у результаті чергового травмування людина часто повністю втрачає зв'язок із своїми почуттями та переживаннями, стає нечутливою навіть щодо власного тіла. Такі клієнти, які не проговорюють почуття та не описують події травмування, складають наступний важливий стрес-фактор, що впливає на стан фахівця. Складність надання допомоги таким клієнтам полягає насамперед у неможливості створювати з ними повноцінний стосунок на всіх етапах роботи, і справа в даному випадку полягає не лише у неможливості повторно травмованих клієнтів довіряти фахівцю, але й у психофізіологічних проявах ескапізму. Клієнт, захищаючись, наприклад, дисоціативно чи алекситимічно, не в

зможі взагалі встановлювати контакт. Така ситуація викликає у психологів / психотерапевтів почуття безсилля та марності, інколи – провину та знецінення своїх знань, умінь, свого професійного досвіду [8].

На останньому місці у цій групі опинився стрес-фактор “клієнти – травмовані діти”. Зазначимо, що насправді цей фактор є важливим, особливо для жінок-психотерапевтів, які працюють з постраждалими дітьми. Однак, обираючи респондентів теперішнього дослідження, ми орієнтувались більше на фахівців, які працюють з військовими та тимчасово переселеними людьми дорослого віку, тому, очевидно, даний фактор і отримав таку незначну кількість виборів.

Перейдемо до розгляду наступної групи стрес-факторів, пов’язаних із характеристиками роботи волонтерів - психологів / психотерапевтів. Відповідно, до цієї групи були віднесені чинники, які охоплюють широкий спектр організаційних та професійних труднощів у роботі з різними категоріями постраждалих. Розглянемо результати по цій групі (рис.2).

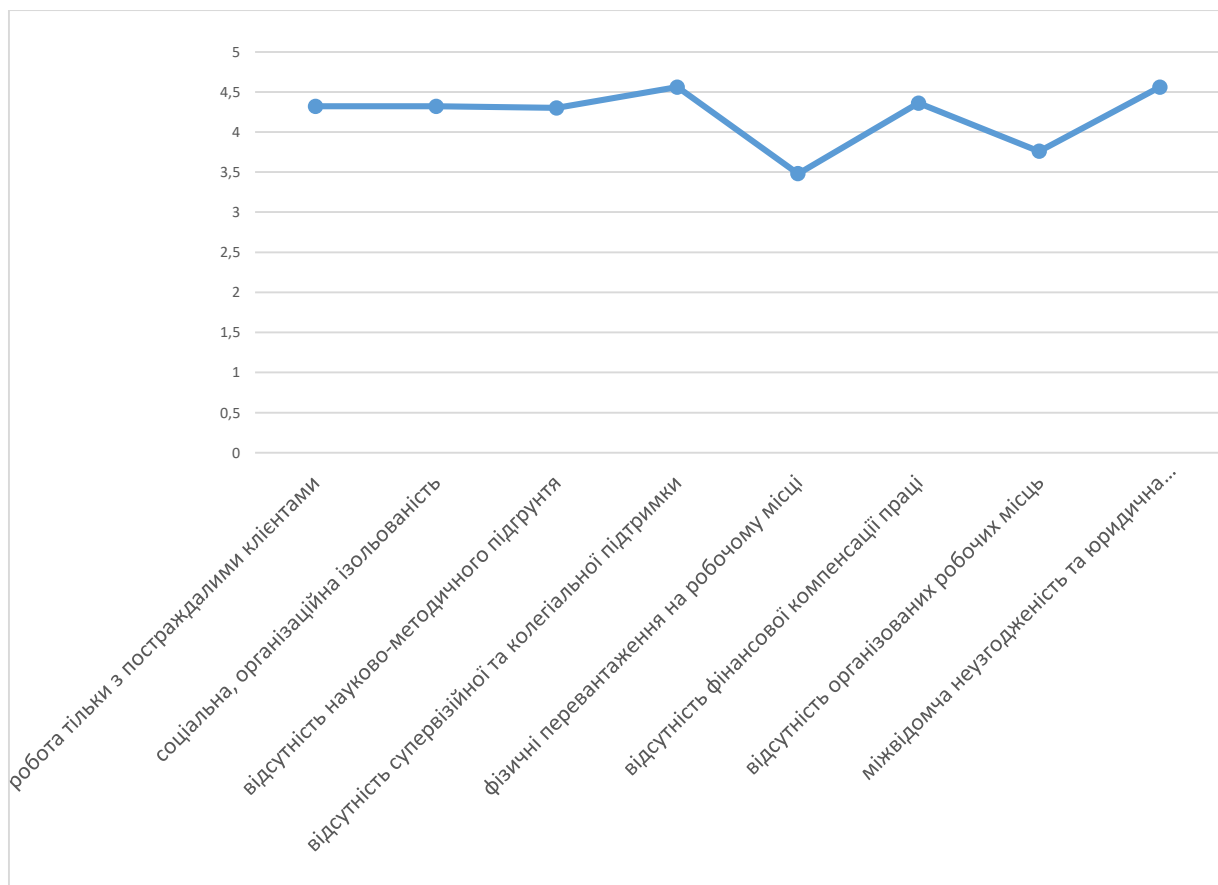


Рис. 2. — Стрес-фактори, пов’язані із характеристиками роботи

Як бачимо з поданого графіку, найбільше підвищують ризик розвитку негативних станів у волонтерів психологів / психотерапевтів такі стрес-фактори: відсутність супервізійної і колегіальної підтримки, міжвідомча неузгодженість та юридична невизначеність; відсутність фінансової компенсації за роботу. Наступними виявились стрес-фактори, пов'язані із соціальною і організаційною ізоляцією, роботою тільки з постраждалими клієнтами та відсутністю науково-методичного підґрунтя. Найменше впливають на виникнення негативних станів фахівців неорганізованість робочого місця та фізичні перенавантаження. Проінтерпретуємо отримані дані. Оскільки найскладніші часи, коли волонтери працювали і чергували майже цілодобово, вже минули, і фахівці навчились самостійно організовувати робочі місця, останні з наведених факторів вже не отримали високих рангових оцінок. Щодо стрес-факторів, які отримали найвищі рангові значення, то, по-перше, підтвердились результати, отримані попередньо за стандартизованими методиками (див. [5]): відсутність супервізійної і колегіальної підтримки є фактором, який суттєво впливає на розвиток негативних емоційних станів фахівців. По-друге, стрес-фактор, пов'язаний із міжвідомчою неузгодженістю та юридичною невизначеністю є взагалі важливою проблемою не лише для загального феномену волонтерства, але й дається взнаки протягом всієї роботи фахівців - психологів / психотерапевтів, особливо, якщо психолог-волонтер працює в державній установі без оформлення свого статусу, бере на себе відповідальність, наприклад, щодо психотерапії (дитини), оформлення її документації, виписок тощо. Як вже зазначалось вище, такий стан справ не допомагає ефективно налагодити роботу фахівця із медичним персоналом, соціальними службами та іншими установами, які залучені до контексту даної проблеми, і впливає на мотивацію подальшої роботи. Відсутність фінансової компенсації виявилась також потужним стрес-фактором який впливає на психоемоційну сферу фахівців. Іntenції волонтерства в перші два роки з початку воєнних дій підтримувались у фахівців насамперед бажанням долучитися до справи допомоги країні, військовим, тимчасово переселеним людям з Криму та сходу України. Наразі ситуація змінилась, протягом останніх років започатковані як державні, так і громадські програми з психореабілітації постраждалих,

виділяються кошти на їх впровадження. З огляду на це оплата праці стає важливим фактором професійної діяльності.

Перейдемо до розгляду останньої групи стрес-факторів. До цієї групи були віднесені чинники, які стосуються особливостей вже самого волонтера- психолога / психотерапевта. Розглянемо за допомогою графіку отримані за цією групою дані.

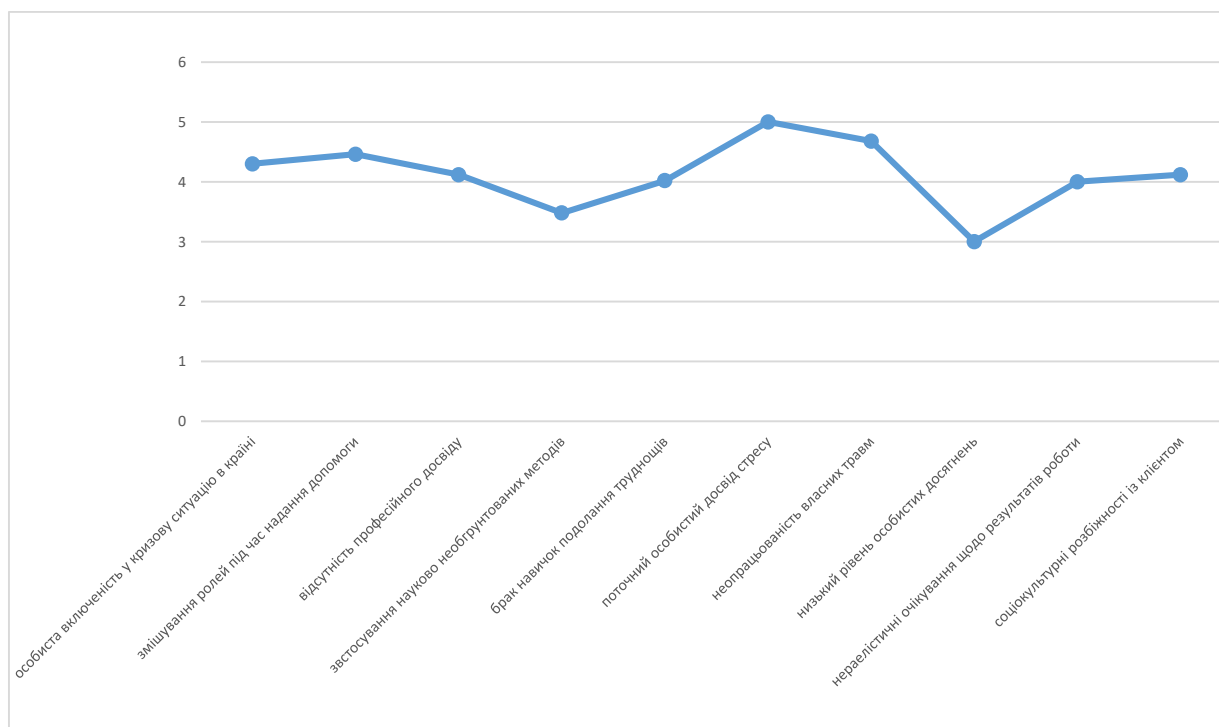


Рис. 3. — Стрес-фактори, пов'язані із характеристиками фахівця

Як бачимо, найбільшу кількість рангових значень у цій групі отримали такі чинники, як: поточний особистий досвід стресу та неопрацьованість власних травм. Таким чином, підтвердилися дані, отримані за допомогою стандартизованих методик про зв'язок між відсутністю (недостатністю) опрацювання власного травматичного досвіду фахівців в індивідуальній психотерапії та виникненням і розвитком у них негативних емоційних станів (див. [5]).

Високі рангові значення отримали також наступні чинники: змішування ролей під час надання допомоги (психологи часто привозили ліки та продукти до тих організацій, де працювали з постраждалими; займалися і продовжують займатися соціальною роботою по оздоровленню, навчанню своїх клієнтів та їхніх дітей тощо) та особиста включеність у кризову ситуацію в країні (особливо

впродовж 2014-2015 рр. волонтери, інколи цілодобово, допомагали різним категоріям постраждалих, віддано виконуючи як громадянський, так і свій професійний обов'язок); нереалістичні очікування від своєї роботи (оскільки робота з постраждалими є складною і тривалою, а значна частина волонтерів ніколи не працювала з такою категорією клієнтів, то достатньо повільне, з наявністю періодів стагнації їх відновлення впливає на самооцінку та мотивацію волонтерів). Найменше рангове значення у цій групі отримав чинник “низький рівень особистих досягнень”. Така ситуація ймовірно говорить про те, що психологи, допомагаючи постраждалим, не ставили собі за мету таку мотивацію, як кар’єрне зростання чи будь-які інші привілеї та бонуси від роботи. А очевидне професійне зростання виявилось закономірним результатом їхньої діяльності.

Підсумовуючи розгляд стрес-факторів, які підвищують ризик виникнення негативних станів у волонтерів – психологів / психотерапевтів, що працюють з постраждалими, розглянемо, яка група стрес-факторів виявилася найвпливовішою з точки зору самих фахівців. З цією метою порівняємо отримані дані за групами (рис. 4).

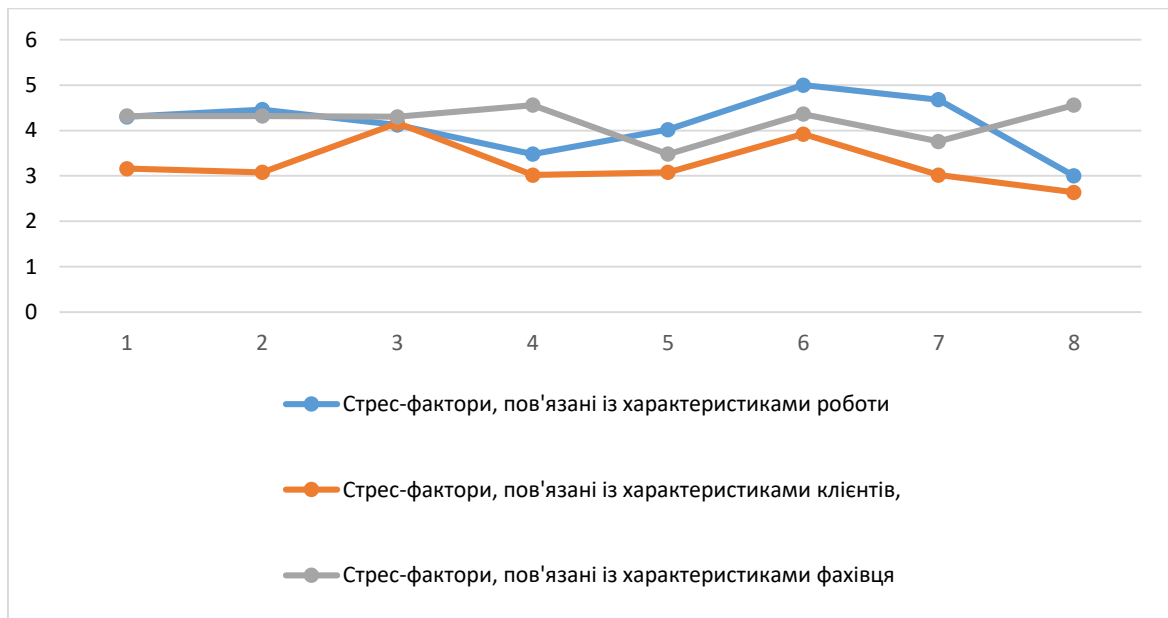


Рис. 4. — Порівняння стрес-факторів за різними групами

Як бачимо з поданого графіку, група стрес-факторів, пов'язаних із характеристиками роботи, отримала найбільшу кількість рангових високих значень, на другому місті – група стрес-факторів, пов'язаних із

характеристиками фахівця, і останнє місце посіла група стрес-факторів, пов'язаних із характеристиками клієнтів. Коментуючи отримані дані, можна зазначити наступне. Стрес-фактори, пов'язані із характеристиками роботи, співпадають із визначеними чинниками, що впливають на професійне вигорання фахівців (див. [5]). Згідно з результатами, отриманими за допомогою стандартизованих методів, рівень СВ підвищився протягом останнього року. І як вже зазначалося вище, підвищення його рівня пов'язане, у першу чергу, із факторами організації праці. Стрес-фактори, пов'язані із характеристиками постраждалих, не отримали високих рангових значень ймовірно тому, що вітчизняні фахівці отримали великий досвід роботи і здатні ефективно професійно працювати з різними категоріями клієнтів. Щодо особливостей безпосередньо самих фахівців, то важка в емоційному плані робота висвітлила власні “сліпі плями” у психічному житті і тим самим вимагає їхнього опрацювання.

Визначивши фактори виникнення та розвитку негативних емоційних станів у стосунках волонтерів – психологів / психотерапевтів з постраждалими, перейдемо до розгляду шляхів їх попередження.

Оскільки найвищі рангові значення отримали групи факторів, пов'язані із характеристиками фахівця і роботи, зосередимось на індивідуальних і організаційних стратегіях, що запобігають розвитку негативних станів фахівців (ВТС, СВ) у роботі з постраждалими. В таблиці 1 наведений перелік таких стратегій, яких рекомендовано дотримуватись при підготовці програм із психопрофілактики та підтримки психологів / психотерапевтів Американською національною асоціацією травматерапевтів.

Сучасні превентивні стратегії розвитку негативних емоційних станів у роботі з постраждалими¹

<i>Індивідуальні стратегії:</i>
<ul style="list-style-type: none"> • відвідування спеціалізованих супервізійних груп; • продовження безперервного процесу навчання (підвищення кваліфікації); • підвищення самоусвідомлення своїх станів, пов'язаних з імовірністю опосередкованого травмування; • створення, розвиток та виконання низки процедур, спрямованих на покращення власного самопочуття та емоційної стійкості; • дотримання «Системи балансу життя», що передбачає повноцінний відпочинок, збалансоване харчування, підтримку здорового способу життя тощо; • підтримка професійних, соціальних та родинних зв'язків
<i>Організаційні стратегії:</i>
<ul style="list-style-type: none"> • створення міжорганізаційних есесмент-центрів для незалежного оцінювання персоналу (діагностика «втоми від співпереживання», «вторинного травматичного стресу», «емоційного вигорання» тощо); • організація постійної групи з клінічної супервізії; • організація постійної групи з рефлексивної супервізії; • екстернальні супервізійні групи (особливо є ефективними під час катастроф чи соціальних потрясінь, коли велика кількість персоналу допоміжних професій може бути психологічно «інфікована»); • створення груп взаємопідтримки в межах колективу; • організація спеціалізованих тренінгів з підвищення психологічної стійкості персоналу, навичок відповідального піклування про себе тощо • створення зручного робочого графіку.

Звернемо увагу на те, що деякі стратегії (наприклад, пов'язані із організацією супервізійної підтримки) є актуальними для обох категорій стратегій, більше того, вони важливі також і для запобігання виникненню негативних емоційних станів у фахівців, що пов'язані із

¹ National Traumatic Stress Network (<http://www.nctsn.org>)

характеристиками клієнтів. Однак ще раз підкреслимо, що вітчизняні психологи / психотерапевти професійно зросли за три роки інтенсивної роботи з постраждалими, так званий бар'єр у роботі з такою категорією клієнтів подолано, і, як свідчить наше дослідження, у порівнянні з даними за 2014 -2015 роки, наразі фахівці не “бояться” таких клієнтів, знають, як їм допомогти і не зашкодити собі [3; 5].

Якщо визначати загальні принципи побудови програм з попередження негативних наслідків від роботи та стосунків з травмованими клієнтами, то варто зазначити наступне. Сучасні західні дослідження та вітчизняний досвід роботи з волонтерами–психологами / психотерапевтами доводять, що найефективнішою формою роботи із запобігання розвитку станів, пов'язаних із негативними емоційними реакціями фахівців, які надають психологічну допомогу постраждалим, є впровадження в профілактичні та психотерапевтичні програми спеціальних заходів, які б враховували обов'язкові складові наступної тріади: підвищення самоусвідомлення — безперервний професійний розвиток — супервізія [9; 11; 14].

Як показало наше дослідження, важливість проходження власної психотерапії (отримання особистого досвіду опрацювання власних важких життєвих подій і конфліктів) є однією з основних умов запобігання виникненню симптомів ВТС, СВ, алекситимії [5]. Завдяки такій психотерапії не лише підвищується рівень усвідомлення власних переживань і, відповідно, переживань клієнта, а й отримується надцінний досвід шляхів психологічного опрацювання тих чи інших життєвих труднощів, криз та травмивних подій, вкрай необхідний для роботи з постраждалими. На думку американських колег, перші дві ланки вказаної тріади є взаємопов'язаними. Так, А. Baranowsky зазначає, що в результаті накопичення знань щодо травми та постійного навчання у психолога / психотерапевта підвищується усвідомлення власних станів, а безперервність професійного розвитку означає не лише постійне підвищення кваліфікації, ознайомлення з сучасними дослідженнями, новими формами, методами і методиками в галузі роботи з особами, що зазнали травми, але й набуття власного досвіду опрацювання переживань (групова, індивідуальна психотерапія), власного досвіду опанування техніками саморегуляції та самозаспокоєння [9].

Супервізія означає буквально «оглядати зверху» і є одним з

методів теоретичного і практичного підвищення кваліфікації спеціалістів у галузі психотерапії, соціальної роботи, клінічної психології тощо шляхом професійного консультування щодо доцільності і якості застосованих практичних підходів та методів психотерапії. Тут, на наш погляд, важливо хоча би коротко подати необхідну інформацію щодо різних форм супервізійної підтримки фахівців. Під час клінічної супервізії аналізується реальна робота супервізантів у таких галузях, як терапевтичні стосунки, «благо» клієнта (client welfare), професійна готовність до клінічної роботи, ефективність і доречність того чи іншого психотерапевтичного втручання, клінічні навички, прогноз психотерапії. Отже, головним фокусом роботи клінічної супервізії є слабкі професійні та особистісні сторони супервізанта, що напряду впливають на «благо» як клієнта/пацієнта, так і самого психотерапевта [2]. Рефлексивна супервізія спрямована не стільки на аналіз стратегій втручання під час роботи з клієнтом, скільки на самоусвідомлення почуттів супервізанта, відтінків та тонкощів його контрперенесення. Обов'язковою умовою такої супервізії є особливо підтримуюча та довірлива атмосфера, адже рефлексії піддаються найінтимніші зони супервізанта: почуття, думки, цінності, ідеали тощо [2].

За допомогою спеціально організованих процедур психологом і психотерапевтом доцільно час від часу досліджувати себе, підвищуючи усвідомлення своїх переживань: застосовувати стратегії убезпечення від ризику виникнення станів, пов'язаних із ВТС, СВ та інших негативних емоційних станів; підвищувати власну психологічну стійкість до важких наслідків роботи з постраждалими різних категорій. В своїх попередніх дослідженнях ми описували деякі ефективні превентивні стратегії та апробовані нами методи і форми роботи, які передбачають вправи як для індивідуального виконання, так і для групової роботи, серед них особливо дієвими виявилися наступні [3; 4]:

(1). Методи підвищення самоусвідомлення власних станів:

- Методика самодіагностики негативних станів, пов'язаних із симптомами «втоми від співпереживання» (Self-assessment);
- Вправа «Колесо життєвого балансу»

(2). Методи підвищення психологічної стійкості, вправи на саморегуляцію

- Дихальні вправи (наприклад, вправа «Дихання діафрагмою», «Квадрантне дихання»);
- Вправи на візуалізацію (зокрема, вправа «Візуалізація безпечного місця»).

Висновки з даного дослідження і **перспективи подальших досліджень** з цього напрямку. Виявлення основних стрес-факторів, що впливають на виникнення негативних емоційних станів у волонтерів психологів/психотерапевтів показало, що є три групи таких факторів: стрес-фактори, пов'язані із характеристиками клієнтів; стрес-фактори, пов'язані із характеристиками роботи; стрес-фактори, пов'язані із особистісними характеристиками фахівця. Серед цих груп найсуттєвішою є група стрес-факторів, пов'язана із характеристиками роботи фахівців, а саме: відсутність супервізійної і колегіальної підтримки, міжвідомча неузгодженість та юридична невизначеність, відсутність грошової компенсації за роботу. Серед найбільш значимих стрес-факторів, пов'язаних із характеристиками фахівця, виявились поточний особистий досвід стресу та неопрацьованість власних травм. Найменш значимою виявилась група стрес-факторів, пов'язана із характеристиками клієнта, що, на нашу думку, вказує на значне підвищення професіоналізму психологів / психотерапевтів, які працюють з різними групами постраждалих.

Виявлено, що стандартизовані методики, за якими були отримані об'єктивні результати дослідження підтверджують результати дослідження факторів ризику виникнення негативних емоційних станів у волонтерів психологів/психотерапевтів, отриманих на основі суб'єктивних даних, виділених безпосередньо самими фахівцями.

Серед найбільш значущих факторів і чинників (виділених на основі об'єктивних та суб'єктивних даних), які впливають на зниження рівня ВТС та СВ та інших негативних емоційних станів фахівців у роботі з постраждалими виявились: постійна супервізійна підтримка фахівців і отримання власного психотерапевтичного досвіду фахівцями.

Подано рекомендації щодо профілактичних заходів фахівцям по запобіганню негативних емоційних станів (ВТС, СВ, алекситимії) в роботі з постраждалими, які базуються на тріаді: підвищення

самоусвідомлення — безперервний професійний розвиток — супервізія.

Список використаних джерел

1. Коноплицька Т. О. Соціальні параметри ризику / Т. О. Коноплицька. — дис.на звання канд.соц.наук 22.00.04 — К., 2006.
2. Кулаков С. А. Супервизия в психотерапии. Учебное пособие для супервизоров и психотерапевтов / С. А. Кулаков. — СПб., 2004. — 345 с.
3. Лазос Г. П. Діагностика та профілактика негативних емоційних реакцій волонтерів-психологів / психотерапевтів у роботі з постраждалими дітьми / Г. П. Лазос / Психологічна допомога дітям у кризових ситуаціях : методи та техніки / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, І. М. Біла ... Г. П. Лазос ; за ред. З.Г. Кісарчук. — Вінниця : ФОП Рогальська І. О., 2016. — 2-е вид. — С. 186 — 232. (1,6 друк. арк.)
4. Лазос Г. П. Психологічна підтримка волонтерів, що працюють з постраждалими / Г. П. Лазос, Л. І. Литвиненко // Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос, Л. І. Литвиненко... Л. Г. Царенко ; за ред. З. Г. Кісарчук. — К. : ТОВ «Видавництво “Логос”». — С. 121 – 141.
5. Лазос Г.П. Діагностика негативних емоційних станів психологів, що працюють з травмованими військовослужбовцями / З. Г. Кісарчук, Г. П. Лазос // Актуальні дослідження в сучасній вітчизняній екстремальній та кризовій психології : монографія / за заг. ред. В. П. Садкового, О. В. Тимченка; НУЦЗУ — Х. : ФОП Мезіна В. В., 2017. — С.312 – 334.
6. Тарабрина Н. В. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. Ч.1 Теория и методы / Н. В. Тарабрина, В. А. Агарков, Ю. В. Быховец и др. — М. : Изд-во «Когито-Центр», 2007. — 208 с.
7. Юрьева Л. Н. Суицид в психиатрической больнице : стратегии профилактики психической дезадаптации у медицинского персонала / Л. Н. Юрьева // Суицидология. — вып. № 4 (17). — Т. 5. — 2014. — С.32-37.
8. Baird S. Vicarious traumatization, secondary traumatic stress and burnout in sexual assault and domestic violence agency staff and volunteers / Stephany Baird. – Thesis Prepared for the Degree of master of science university of North Texas – August 1999. – 129 p. – <http://www.google.com/search?q=Baird%2C+Stephanie+B.S.+VICARIOUS>

+TRAUMATIZATION%2C+SECONDARY+TRAUMATIC+STRESS%2C
 +AND&rls=com.microsoft:ru:IE-SearchBox&ie=UTF-8&oe=UTF-
 8&sourceid=ie7&rlz=1I7GGLR. – назва з екрану.

9. Baranowsky A. Treatment Manual for Accelerated Recovery from Compassion Fatigue / A. Baranowsky, J. Gentry – NY, 2011. – 548 p.
10. Dutton M. A. Working with people with PTSD : Research implications / M. A. Dutton, F. L. Rubinstein // Compassion fatigue : Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized . – New York: Brunner / Mazel, 1995. — pp. 82–100.
11. Figley C. R. Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder : An overview / C. R. Figley // Compassion fatigue : Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized. – New York : Brunner / Mazel, 1995. – pp. 1 – 20.
12. Good D. A. Secondary traumatic stress in art therapists and related mental health professionals / D. A. Good. – Dissertation Abstracts International. – 1996. – 57, 6, 2370 .
13. Meichenbaum, D. Self-care for trauma psychotherapists and caregivers: individuals? Social and organizational interventions. : www.melissainstitute.org/documents/Meichenbaum_SelfCare .
14. Pearlman L. A. Vicarious traumatization : An empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists / L. A. Pearlman, P. S. Mac Ian // Professional Psychology: Research and Practice. – Vol. 26, 1995. – pp. 558 - 565.
15. Rothschild B. Help for the helper : The psychophysiology of compassion fatigue and vicarious trauma / B. Rothschild - New York: W.W. Norton, 2006.

References transliterated

1. Konoplytska T.O. Sotsialni parametry riziky / T. O. Konoplytska. – dis. na zvannya kand.sots.nayk 22.00.04 – K., 2006.
2. Kulakov C. A. Supervizia v psychoterapii. Uchebnoe posobie dlia supervisorov i psychoterapevtov / C. A. Kulakov. – SPb., 2004. – 345 p.
3. Lazos G. P. Diagnostika ta profilactica negatyvnyh emotsiynyh reaktsiy volonteriv-psychologiv / psychoterapevtiv u roboti z postrazhdalymy ditmy / G. P. Lazos / Psychologichna dopomoga dityam u kryzovyh syuatsiah : metody i tehniky / Z. G. Kissarchyik, Y. M. Omelchenko, I. M. Bila ... G. P. Lazos ; za red. Z. G. Kissarchyik . – Vinnytsa : FOP Rogalska I. O., 2016. – 2-e vyd. – P. 186 – 232.
4. Lazos G.P. Psychologichna pidtrymka volonteriv scho pratsuut z postrazhdalymy / G. P. Lazos, L. I. Lytvynenko // Psychologichna dopomoga postrazhdalym vnaslidok kryzovyh travmatychnykh podiy : metodychnyi

- posibnyk / Z.G. Kissarchyk, Y. M. Omelchenko, G. P. Lazos et al; za red. Z. G. Kissarchyk. – K. : TOV “ Vydavnytstvo “Logos”. – P. 121 -141.
5. Lazos G. P. Diagnosyka negatyvnyh emotsiynyh stanyv psychologyv scho pratsuut z travmovanymy viyskovoslyzhbovtsiamy / Z.G. Kissarchyk, G. P. Lazos // Aktyalny doslidzhennya v sychastniy vitchyznyaniy extremalniy ta krizoviy psychologii : monographia / za zag. red. V.P. Sadkovogo , O.V. Tymchenka ; NUTZZU – KH. : FOP Mezina V.V., 2017. – P.312 – 334.
 6. Tarabryna N. V. Praktycheskoe rykovodstvo po psychologii posttravmaticheskogo stressa. Ch.1 Teoria i metody / N. V. Tarabryna, V. A. Agarkov, U. V. Bychovets et al. — M. : Isd - vo «Cogito – tsentr », 2007. — 208 p.
 7. Ureva L. N. Syitsid v psichyatrisheskoy bolnitse : strategii profilaktiky psychieskoy desadaptatsii u meditsinskogo personala / L. N. Ureva // Syitsidologia. – vyp. № 4 (17). – T. 5. – 2014. – P.32- 37.
 8. Baird S. Vicarious traumatization, secondary traumatic stress and burnout in sexual assault and domestic violence agency staff and volunteers / Stephany Baird. – Thesis Prepared for the Degree of master of science university of North Texas – August 1999. – 129 p. - <http://www.google.com/search?q=Baird%2C+Stephanie+B.S.+VICARIOUS+TRAUMATIZATION%2C+SECONDARY+TRAUMATIC+STRESS%2C+AND&rls=com.microsoft:ru:IE-SearchBox&ie=UTF-8&oe=UTF-8&sourceid=ie7&rlz=1I7GGLR>. – назва з екрану.
 9. Baranowsky A. Treatment Manual for Accelerated Recovery from Compassion Fatigue / A. Baranowsky, J. Gentry – NY, 2011. – 548 p.
 10. Dutton M. A. Working with people with PTSD : Research implications / M. A. Dutton, F. L. Rubinstein // Compassion fatigue : Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized . – New York: Brunner / Mazel, 1995. — pp. 82–100.
 11. Figley C. R. Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder : An overview / C. R. Figley // Compassion fatigue : Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized. – New York : Brunner / Mazel, 1995. – pp. 1 – 20.
 12. Good D. A. Secondary traumatic stress in art therapists and related mental health professionals / D. A. Good. – Dissertation Abstracts International. – 1996. – 57, 6, 2370 .
 13. Meichenbaum, D. Self-care for trauma psychotherapists and caregivers: individuals? Social and organizational interventions. : www.melissainstitute.org/documents/Meichenbaum_SelfCare .
 14. Pearlman L. A. Vicarious traumatization : An empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists / L. A. Pearlman, P. S. Mac Ian //

Professional Psychology: Research and Practice. – Vol. 26, 1995. – pp. 558 - 565.

15. Rothschild B. Help for the helper : The psychophysiology of compassion fatigue and vicarious trauma / B. Rothschild - New York: W.W. Norton, 2006.

Lazos G. P. Risk factors for the emergence of negative emotional states in volunteers' psychologists / therapists. The article is devoted to the presentation of research findings on the risk factors for the emergence of negative emotional states among volunteers of psychologists / psychotherapists who work with the victims. A detailed analysis of the factors influencing the development of negative states of specialists in relations with the victims is given, with special attention to those that are subjectively allocated by experts themselves. The article also presents recommendation and prevention strategy for specialists.

Key words: volunteers - psychologists / psychotherapists, negative emotional states, victims, secondary traumatic stress, burnout syndrome, alexithymia, stress-factors, risk groups, supervisory support, own psychotherapeutic experience.

Відомості про автора

Лазос Гелена Петрівна, кандидат психологічних наук, старший науковий співробітник лабораторії консультативної психології і психотерапії Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України.

Lazos Gelena, PhD, senior researcher, laboratory of Counseling Psychology and Psychotherapy, G.S. Kostiuk Institute of Psychology of the National Academy of Pedagogical Sciences (NAPS) of Ukraine. Kiev, Ukraine.

Lazos.gelena@yahoo.com

РЕФЕРАТ

Лазос Г.П.

Фактори ризику виникнення негативних емоційних станів у волонтерів психологів/психотерапевтів

Сучасні науковці доводять, що сприйняття соціального ризику людиною має велике значення адже об'єктивні та суб'єктивні оцінки ризику не завжди збігаються. Отже, одним із важливих завдань нашого дослідження, є спроба виявлення як об'єктивних, так і суб'єктивних уявлень фахівців щодо факторів ризику у роботі з постраждалими.

Професійна діяльність психологів і представників інших «допоміжних» професій завжди передбачає ризики через особливості контакту з травмованими клієнтами. Емпатійне залучення у стосунок із людиною, яка переживає наслідки травмування, викликає зміни у внутрішньому досвіді психолога/психотерапевта у вигляді різних емоційних реакцій (станів).

Виявлення основних стрес-факторів, що впливають на виникнення негативних емоційних станів у волонтерів психологів/психотерапевтів показало, що є три групи таких факторів: стрес-фактори, пов'язані із характеристиками клієнтів; стрес-фактори, пов'язані із характеристиками роботи; стрес-фактори, пов'язані із особистісними характеристиками фахівця. Серед цих груп найсуттєвішою є група стрес-факторів, пов'язана із характеристиками роботи фахівців, а саме: відсутність супервізійної і колегіальної підтримки, міжвідомча неузгодженість та юридична невизначеність, відсутність грошової компенсації за роботу. Серед найбільш значимих стрес-факторів, пов'язаних із характеристиками фахівця, виявились поточний особистий досвід стресу та неопрацьованість власних травм. Найменш значимою виявилась група стрес-факторів, пов'язана із характеристиками клієнта, що, на нашу думку, вказує на значне підвищення професіоналізму психологів / психотерапевтів, які працюють з різними групами постраждалих.

Виявлено, що стандартизовані методики, за якими були отримані об'єктивні результати дослідження підтверджують результати дослідження факторів ризику виникнення негативних емоційних станів

у волонтерів психологів/психотерапевтів, отриманих на основі суб'єктивних даних, виділених безпосередньо самими фахівцями.

Серед найбільш значущих факторів і чинників (виділених на основі об'єктивних та суб'єктивних даних), які впливають на зниження рівня ВТС та СВ та інших негативних емоційних станів фахівців у роботі з постраждалими виявились: постійна супервізійна підтримка фахівців і отримання власного психотерапевтичного досвіду фахівцями.

Подано рекомендації щодо профілактичних заходів фахівцям по запобіганню негативних емоційних станів (ВТС, СВ, алекситимії) в роботі з постраждалими, які базуються на тріаді: підвищення самоусвідомлення — безперервний професійний розвиток — супервізія.

Ключові слова: волонтери — психологи / психотерапевти, негативні емоційні стани, постраждалі, вторинний травматичний стрес, синдром вигорання, алекситимія, стрес-фактори, групи ризику, супервізійна підтримка, власний психотерапевтичний досвід, превентивні стратегії.